Guido A. Morina e Marco Sorrentino

Basi fondamentali di Psicologia umanistica e Counseling

Ebook Morina Editore

La terapia è un processo di apprendimento.

Carl Rogers.

Indice

Introduzione

La Psicologia umanistica si presenta nel panorama delle scienze psicologiche più con i caratteri di un movimento culturale, in parte anarchico e svincolato da etichette, teorizzazioni e protocolli così comuni dell'ambiente psicologico. Il suo punto di forza, e al contempo quello che le viene imputata come il suo limite, è la mancanza di indirizzo teorico omogeneo con un preciso quadro di riferimento concettuale.

La psicologia umanistica si sviluppa nei primi anni '60 negli Stati Uniti e in essa confluiscono varie espressioni della psicologia, che condividono una comune ispirazione in senso lato "umanistica" e una comune insoddisfazione per quanto vi è di riduzionismo nei paradigmi che dominano la ricerca e la pratica psicologica del tempo, in particolare nel comportamentismo e nella psicoanalisi, due indirizzi psicologici, questi ultimi, orientati al cliente in maniera profondamente diversa anche sotto il profilo dell'approccio concreto.

Il **comportamentismo**, essendo quasi totalmente centrato sulla "terapia" e cioè sull'applicazione di stimoli che vadano a modificare, in senso terapeutico, il comportamento dell'individuo.

La **psicoanalisi,** e a partire da essa la maggior parte degli indirizzi della scuola di psicoterapia, che mostrerà una fervida fantasia quando si tratti di formulare diagnosi, di analizzare, descrivere e classificare il comportamento patologico del paziente, ma si mostra drammaticamente povera di metodo, di contenuti e di risultati quando si tratta di operare sotto il profilo terapeutico.

La psicologia umanistica respinge, del comportamentismo, l'elementarismo e l'oggettivismo che portano a perdere di vista completamente tutto ciò che nella sfera dell'indagine psicologica concerne la totalità e la soggettività. Della psicoanalisi, invece, viene respinta l'impostazione biologistica che fa perdere di vista, nella dinamica delle *pulsioni*, quanto di autenticamente personale e quanto di spontaneo e libero esiste e agisce nella condotta individuale.

L'esigenza che la psicologia umanistica intende assecondare è quella di aprire una terza strada; l'ambizione è quella di rappresentare una *terza forza*.

Essa, infatti, ha messo in luce una terza teoria della natura umana che ha prodotto una vera e propria rivoluzione copernicana del pensiero psicologico rispetto agli orientamenti esistenti in quel periodo storico, nel mondo accademico e nella pratica clinica: la psicoanalisi classica e il comportamentismo positivistico. Entrambi gli approcci operavano una semplificazione dell'uomo: il comportamentismo vi guardava come ad una macchina animata unicamente da meccanismi stimolo-risposta rispetto alle sollecitazioni ambientali, collocandolo in una dimensione astorica e precostituita (il setting sperimentale), trascurandone la dimensione soggettiva ed interiore a favore di una sterile oggettività. La psicoanalisi freudiana dava, invece, un' intonazione biologistica all'uomo dominato da forze pulsionali inconsce, talora distruttive, che lo plasmano. In entrambe le scuole di pensiero, quindi, venivano trascurati quei fondamentali elementi di una personalità sana e consapevole: l'intenzionalità, la creatività, lo spazio di libertà (impropriamente denominato libero arbitrio) a disposizione dell'individuo.

La Psicologia Umanistica amplia il campo di osservazione dell' essere umano introducendo una serie di atteggiamenti che la caratterizzano:

- concentrazione dell'attenzione sulla persona, sull'esperienza quale strumento essenziale degli studi sull'uomo;
- particolare interesse su aspetti diversi dell'esperienza umana come la libertà di scelta, la spinta creativa e l'autorealizzazione;
- valorizzazione della dimensione etica e della dignità della persona ed interesse allo sviluppo del potenziale in essa latente;
- spostamento del focus dall' uomo malato all'uomo sano con un significativo ribaltamento nella concezione di "salute" e di "malattia".

Questi elementi rendono la Psicologia Umanistica l'indirizzo teorico e metodologico di riferimento per quella che sarà definita una la Psicologia positiva, della salute e del benessere, intesa come sviluppo e accrescimento delle potenzialità della persona, e non come sistema di cure di tipo biomedico per la lotta alle alterazioni psichiche. Il metodo della Psicologia Umanistica è olistico e dinamico, con una concezione della persona intesa

come "unità bio-psico-sociale": l'obiettivo è la comprensione del soggetto nella sua totalità individuale, l'organismo è un agente attivo che entra in un complesso sistema di relazioni con il mondo, per cui non si può comprenderne un singolo comportamento se non si conosce la sua storia personale, le sue aspirazioni, se non si colgono, cioè, la sua visione del mondo e la sua "struttura esistenziale".

L' impianto teorico della Psicologia Umanistica produce degli apporti innovatori anche nella pratica clinica, introducendo un nuovo modo di fare psicoterapia in cui il ruolo del terapeuta non è più quello del "tecnico-riparatore" di una disfunzione, ma piuttosto una sorta di "terapeuta-filosofo" che guida il processo di riorganizzazione dell'intera esistenza attraverso l' individuazione di un nuovo senso della vita e attraverso la costruzione di un progetto di vita più autentico. Secondo alcuni autori, ancora oggi la Psicoterapia Umanistica fornisce un'esperienza emozionale correttiva rispetto alle esperienze patogene del passato in direzione di più positivi sviluppi futuri. Si tratta di una psicoterapia in cui la funzione del terapeuta è quella di creare un' atmosfera di empatia e di accettazione comprensiva, dove trova spazio non tanto un'interpretazione quanto una chiarificazione, e in cui si lascia lavorare il "cliente" nel suo percorso di rivalutazione ed espressione di sé (Canestrari, Godino, 2002).

In realtà, l'assenza di giudizio, propria della concezione rogersiana, e la "considerazione positiva incondizionata" per il cliente, mal si conciliano con l'impostazione biomedica delle scuole di psicoterapia, tutt'ora quasi esclusivamente centrate sul lavoro di diagnosi, cioè di giudizio di "anormalità" del paziente, considerato non certo in senso olistico, quanto una macchina da riparare, possibilmente in collaborazione com la medicina. Del resto, l'elemento che discrimina immediatamente e definitivamente tra psicoterapia ispirata alla psicologia umanistica e counseling sta nel fatto che la prima si occupa solo di persone che considera malate e affette da disturbi diagnosticabili secondo categorie psichiatriche, mentre il secondo non separa neppure tra diagnosi e terapia, e prescinde da classificazioni nosologiche di tipo medico.

Questa nuova visione del rapporto terapeuta-cliente e questa nuova visione del significato della vita hanno avuto quindi scarsissima e tiepida accoglienza nell'ambito istituzionale delle scuole di psicoterapia, orientate a fornire un supporto di tipo psicologico a psichiatri e neurologi, e sono state quindi accolte dal movimento del Counseling, nelle sue diverse espressioni. Il

counselor riconosce nel cliente non solo un essere umano al quale rapportarsi con rispetto ed empatia, ma anche una persona che può essere per se stessa lo strumento migliore di esperienza e di crescita.

Di tale esigenza e di tale ambizione Rogers, Maslow e May sono gli interpreti nei quali è particolarmente evidente una inclinazione fenomenologico-esistenziale. Come è stato illustrato (e si approfondirà) in diversi momenti e in diversi manuali e dispense di questo corso, l'approccio seguito dal counseling psicobiologico si fonda, tra l'altro, sull'idea della co-costruzione del significato che emerge nella relazione terapeuta-cliente (e quindi del significato che alla vita attribuisce il cliente stesso) attraverso un processo di comprensione che nasce con l'esperienza fenomenologica unita a una elaborazione cognitiva del significato dell'esperienza stessa (Gadamer, 1993). A partire, dunque, dall'esigenza di cogliere tutte le esperienze della vita con la massima intensità, profondità e naturalezza possibile, si giunge a costruire un significato per la vita del singolo cliente, che sia basato su quello che egli, insieme al terapeuta riconoscerà caratterizzare le esperienze di tutta la sua vita precedente, unite alle aspettative, ai desideri, ai progetti. Insomma, il terapeuta e il cliente lavoreranno insieme al fine di dare concretezza al senso della vita per il cliente.

La componente esistenzialista della psicologia umanistica e nel counseling psicobiologico risiede proprio nella esigenza di dare un significato a ciò che, in termini assoluti oggettivi, non può averne, e cioè la nostra esistenza. Per questo motivo non esiste nel counseling psicobiologico una separazione netta tra fase diagnostica e fase terapeutica e per questo motivo si rifiuta la necessità di indagare tra processi psichici alterati, malattie o disturbi mentali, classificazioni diagnostiche di tipo psichiatrico, in quanto non soltanto ci si rivolge a persone fondamentalmente sane, ma specialmente perché è alla ricerca del bene, delle risorse positive e della qualità della vita che terapeuta e cliente sono alla ricerca.

Si consideri che quando ci si riferisce a persone sane si dà per scontato il fatto che secondo il punto di vista biomedico non esiste una sola persona sana al mondo, e che per parlare di salute, anche limitatamente a quella psicologica, occorre riferirsi a un criterio, quello della normalità, foriero di dibattiti e di opinioni contrastanti che, probabilmente in questa sede non condurrebbero a nulla. Quello che si vuole qui sottolineare è soltanto il fatto che l'aspetto "rivoluzionario" del counseling psicobiologico sta nel fatto che si tratta dell'unico indirizzo di impostazione biopsicosociale nell'ambito della

relazione d'aiuto, il quale prescinde totalmente dall'approccio biomedico e dalle diagnosi psichiatriche rivolgendosi esclusivamente alle aspetti positivi della vita delle persone.

Con una importantissima precisazione: che non occorre essere affetti da qualche patologia diagnosticata attraverso una sintomatologia elaborata dagli psichiatri americani (secondo il manuale *DSM IV*, vera e propria Bibbia di tutti gli psicologi, psicoterapeuti e psichiatri tradizionali del mondo) per essere considerati meritevoli di attenzione e di cure psicologiche. Non occorre essere depressi, ansiosi, di umore instabile al punto da dover assumere farmaci o da dover modificare le proprie abitudini di vita, per essere considerati degni di attenzione da parte di un terapeuta. La nostra idea è infatti quella che tutti, indistintamente, abbiamo bisogno dell'aiuto di una persona che ci ascolti, ci comprenda e ci spinga a fare chiarezza nella nostra vita, perché questa è la natura ereditata dalla nostra storia di mammiferi.

La stragrande maggioranza delle persone, nel mondo occidentale, non risulta affetta da disturbi psicologici o malattie mentali, ma questo non significa che essi non possono vivere la loro vita con profondo disagio, tristezza, inquietudine, malessere non meglio identificati. Chi li aiuta? Se non sono affetti da malattie organiche, la medicina li considera malati immaginari *"Non so cosa dirle: si tratterà di un disturbo psicosomatico"*). Se non si rivolgono essi stessi a cure psicologiche o psichiatriche, o se con enorme fatica riescono comunque a condurre un'esistenza perlomeno sopportabile, essi non rientrano nelle competenze di coloro che si occupano di terapie psicologiche. Questo enorme spazio di malessere, di inquietudine e di disagio esistenziale è appunto l'enorme bacino di attenzione e di cura cui si rivolge il counseling psicobiologico nella convinzione che la vita meriti di essere vissuta non soltanto se non si è affetti da una qualche malattia diagnosticata dalla scienza medica o psichiatrica, ma anche se si riesce a dare ad essa un significato che sia tale per la persona, per gli altri e per l'ambiente.

Carl Rogers e l'auto realizzazione del Sé

La concezione di Carl Rogers è sostenuta da un' estrema fiducia nelle possibilità dell'uomo di riscattarsi dai condizionamenti della natura e della società e perciò di ambire alla realizzazione di tutte le potenzialità che albergano in lui. La persona, in pratica, e non i suoi disturbi psichici, diventa il centro della terapia, la quale, oltretutto, può prescindere da una vera e propria diagnosi, contrariamente all'impostazione tutt'ora dogmatica e orientata alla *diagnosi a tutti i costi* della psicoterapia. La pratica clinica costituisce comunque la fonte principale da cui scaturisce la sua elaborazione sul funzionamento psichico dell'uomo, permeata di ottimismo e di una visione organismica della natura umana che lo condusse a rifiutare l'ipotesi psicoanalitica del "conflitto" di natura sessuale.

La *tendenza attualizzante*, di cui l'organismo è portatore, rappresenta il costrutto motivazionale più importante della teoria, sia per quanto riguarda lo sviluppo della personalità, sia per l' importanza che esso assume nel processo terapeutico. Essa imprime selettivamente una direzione costruttiva allo sviluppo verso la differenziazione, l' integrazione, l' espansione, la piena realizzazione degli aspetti sani e creativi della persona.

Ogni individuo vive in un mondo di esperienze di cui è il centro e all' interno del quale cerca la soddisfazione dei propri bisogni; dall'interazione con il mondo dell' esperienza si costituisce il Sé, che è un'organizzazione dinamica che consente di acquisire i valori ambientali che possono essere in accordo o in disaccordo con la tendenza del proprio organismo ad attualizzarsi secondo le proprie valutazioni. Quanto maggiore è l'incongruenza tra il proprio processo organismico di valutazione e i valori esterni introiettati (acquisiti interiormente), tanto maggiore sarà l'area conflittuale e la difficoltà ad essere pienamente se stessi, mentre l' individuo è tanto più "sano", quanto più il suo Sé è dinamico e capace di sostituire il

suo sistema di valutazioni in base al fluire dell'esperienza (Caprara, Gennaro, 1994).

Il nome di Rogers rimane comunque legato a quello che viene considerato il testo fondamentale del Counseling psicologico e cioè "La terapia centrata sul cliente", detta anche "non direttiva".

Interessante è sottolineare l' utilizzo del termine "cliente" in sostituzione di quello di "paziente" da parte dell' Autore, ad indicare la condizione di parità in cui si svolge il dialogo terapeutico. Naturalmente, la relazione d'aiuto, nella quale si inquadra il counseling, è per definizione una relazione asimmetrica, nella quale una parte è in difficoltà e chiede aiuto, e l'altra, presumibilmente competente e sufficientemente forte da affrontare ogni difficoltà, svolge il ruolo di terapeuta. Nel counseling, però, il terapeuta non si pone nel ruolo di esperto o di possessore di un sapere oggettivo in grado di stabilire ciò che è "sano" e ciò che è "malato" e dove il "cliente" non subisce un'interpretazione che gli giunge dall' esterno o da un impianto teorico precostituito, ma esprime il suo "stato di incongruenza", partendo dal quale solamente può diventare davvero se stesso lungo le linee di sviluppo dei propri vissuti esperienziali, attivando le proprie capacità espressive e di autoguarigione.

Tali lineamenti teorici presenti alla base dell'approccio psicoterapeutico determinarono conseguentemente anche un cambiamento nel setting: non più il tavolo del medico, né il distaccato lettino psicoanalitico, bensì la posizione *vis-à-vis*, di confronto tra due individualità con un pari livello di umanità, pur se con ruoli differenti in quel momento, quello del terapeuta/agevolatore e del paziente/cliente.

Rogers individua anche alcune caratteristiche imprescindibili cui il terapeuta deve attenersi se vuole stabilire un rapporto empatico di stime e di fiducia reciproca con il paziente:

- "**congruenza personale**": il terapeuta non interpreta alcun ruolo e rivela una congruenza tra l'immagine cosciente di sé e ciò che sperimenta organismicamente;
- "**spontaneità e genuinità**": sono caratteristiche fondamentali per instaurare un clima di fiducia reciproco ed un contatto umano che contribuisce a creare un rapporto terapeutico favorevole alla guarigione del cliente;

- “**accettazione positiva ed incondizionata**”:il terapeuta accetta pienamente il cliente, non è direttivo e non si impone su di lui e si astiene dall’ esprimere giudizi o di spingerlo al cambiamento;
- “**comprensione empatica**”: il terapeuta è in grado di mettersi nei panni del cliente, di percepire ciò che questi sente senza però entrare in completa fusione con lui.

Secondo Rogers queste condizioni consentono di condurre il paziente verso la strada del cambiamento attraverso un processo di facilitazione di lettura della realtà e dei propri vissuti esperienziali che avviene grazie all’atteggiamento umano ed empatico del terapeuta. Tali atteggiamenti, quindi, consentono la liberazione delle potenzialità umane ed il raggiungimento di livelli di sviluppo più sani ed integrati.

Si consideri il fatto che, nell’opera degli autori che stiamo esaminando, manca una visione della cura psicologica come fondata su tecniche, protocolli, test clinici e veri e propri protocolli terapeutici. All’origine del processo di guarigione esisterebbe soltanto l’effetto prodotto dall’instaurarsi di una relazione empatica, condotta dal terapeuta, il quale deve però assumere un ruolo difficilissimo, che è quello di filosofo e di guida personale del cliente per aiutarlo a districarsi nei meandri della vita. Questo approccio attribuisce alla persona del terapeuta la piena responsabilità della relazione terapeutica, al contrario di quanto avviene nella psicoterapia tradizionale, dove è sufficiente formulare una diagnosi in base a dati e segni obiettivi, e poi applicare regole e protocolli di cura prestabiliti e piuttosto standard.

La congruenza personale, cui si aggiunge sicuramente la “coerenza personale”, e la spontaneità e genuinità implicano il fatto che il terapeuta deve essere ciò che è, senza recitare alcuna parte (secondo la visione “drammaturgica” dei *ruoli* di Goffman, 1988). E’ inutile, secondo Rogers, cercare di apparire diversi da ciò che si sente e si prova, sotto tutti i punti di vista. La relazione di counseling è la relazione tra due persone, non tra un insieme di processi psichici malfunzionanti e una sofisticata apparecchiatura capace di leggere nella mente delle persone. Se il counselor è turbato da quanto affermato dal cliente, o se al contrario ne è rallegrato, lo riferirà al cliente, “restituendogli” il proprio stato d’animo, la cui conoscenza e percezione è una delle componenti della relazione comunicativa umana.

Inoltre, non è possibile svolgere l'attività di counseling se non si è coerenti con quanto si comunica al cliente, direttamente e indirettamente. Infatti, si consideri che l'oncologo può, teoricamente, essere un accanito fumatore nonostante raccomandi a tutti i suoi pazienti di smettere di fumare, cosa che egli può non avere assolutamente intenzione di fare. L'aiuto, in senso terapeutico, che egli deve fornire, infatti, non si lega al suo esempio personale di virtù e cura della propria salute: il medico è un semplice operatore, il quale, a seguito di una diagnosi, deve solo somministrare la cura più appropriata, indipendentemente da quello che sia il suo personale stile di vita. Questo perché, nella visione biomedica, la consapevolezza della persona circa la propria salute è un elemento secondario, anzi, di solito trascurato: quello che la persona deve fare è solo di sottoporsi a controlli periodici, come il tagliando dell'automobile, e assoggettarsi di buon grado alle cure che gli verranno prescritte, senza che egli sia tenuto a sapere esattamente quale sia il motivo della sua malattia.

La cura, in medicina, non viene dalle risorse interne del cliente stesso, ma da cure esterne, di cui il paziente può non conoscere neppure il meccanismo di azione. Nonostante si parli di prevenzione, infatti, l'interesse della medicina è tutto centrato sulla malattia, non sulla prevenzione di essa. Al contrario, il counselor non si occupa di malattia, ma di vita e di stile di vita. Diventa assolutamente indispensabile, quindi, che il terapeuta assuma ai suoi occhi l'immagine di guida e di esempio, perché è sulle risorse personali interne che il counseling agisce, non sulle cure somministrate dall'esterno. Se, quindi, il counselor non è una persona sana, che cura la propria salute, ma è è dipendente da abitudini nocive, inutili o dannose, non cura la propria alimentazione e la propria efficienza fisica, mentale e spirituale, non potrà mai svolgere il suo compito di "facilitatore" verso una migliore qualità della vita, perché è a lui che il cliente farà riferimento nel processo di guarigione, non a farmaci o interventi chirurgici che possono agire in maniera impersonale.

La considerazione incondizionata per il cliente non è una condizione spontanea, ma costruita con studio, impegno e fatica dal counselor. Ognuno di noi, infatti, tende spontaneamente a rifiutare gli stimoli esterni che possono costituire una minaccia per la nostra sicurezza psicologica, e deve quindi imporsi, se vuole aiutare l'altro, di prendere il considerazione il suo punto di vista, se esso contrasta con i propri valori. Di qui nasce l'importanza centrale della comprensione empatica: che non è solo comprensione razionale delle

ragioni del comportamento del cliente (compito già, di per sé, estremamente difficile)ma, almeno nel counseling psicobiologico, è anche capacità "mimetica2 di percepire, sentire, provare, sperimentare, vivere sulla propria pelle le emozioni, gli stati d'animo, le sensazioni, ma anche gli atteggiamenti, le credenze e le idee dell'altro. Essere empatici non significa accogliere con tolleranza o accettazione fredda e distaccata, oppure affettuosa e partecipativa, ciò che il cliente comunica e che il terapeuta ritine condivisibile, comprensibile, affine al proprio modo di sentire. Al contrario: l'empatia significa vivere la condizione psichica, emotiva, motivazionale, dell'altro, specialmente quando questa è del tutto estranea alla nostra concezione della vita "buona e sana", senza con ciò giustificarla o assecondarla. Tutti siamo capaci di comprendere empaticamente lo stato d'animo della persona che ci parla di un lutto o una separazione che l'ha colpita, oppure di un successo personale o professionale, perché queste esperienze sono universali.

Ma empatia significa vivere con tutto sé stessi, come se ci appartenesse, la descrizione di un episodio o di un modo di vivere o di leggere la realtà che ci ripugna, che non ci piace, che vorremmo combattere, o che semplicemente non conosciamo. In pratica, empatia significa, per un vegano, partecipare con la propria sensibilità e percezione alla descrizione del piacere che un cliente amante della carme fa della grigliate che rappresentano uno dei suoi passatempi estivi preferiti; oppure per un animalista, comprendere la gioia fisica e mentale che un cacciatore prova nell'abbattere un animale. La forza psicologica del counselor è fondamentalmente qui: la capacità di entrare nel mondo dell'altro, mantenendo una parte di sé distaccata e con pieno controllo della situazione, ma lasciando l'altra parte immergersi totalmente nella situazione nella quale il cliente ci trascina. Solo dopo, in un secondo tempo, il counselor potrà lavorare razionalmente sul significato di ciò che il cliente gli ha riferito: ma se non è stato in grado di viverlo, con gli occhi, con il cuore e con la mente del cliente, non sarò mai in grado di aiutarlo veramente.

Maslow: bisogni e motivazioni

In Maslow, più ancora che in Rogers, la fiducia nella vocazione di ciascun individuo all'autorealizzazione è l'espressione di un incondizionata fiducia nelle potenzialità della natura umana e di una grande carica di ottimismo. La malattia, come la cattiveria, non è che l'esito del pervertimento, del traviamento, della negazione, della frustrazione della natura dell'uomo, secondo una visione ripresa, tra gli altri, da Rousseau, e, dopo di lui, da innumerevoli filosofi e scienziati del comportamento umano e sociale. Dopo aver iniziato la propria carriera come psicologo sperimentale, Maslow si interessò in seguito al problema della motivazione, di cui propose un' interpretazione olistico-dinamica.

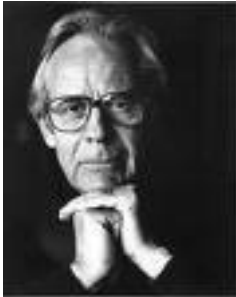
In Motivazione e Personalità (1974) elaborò una classificazione gerarchica delle motivazioni (la "piramide dei bisogni"), cioè una tassonomia che contempla cinque tipi di bisogni:

1. I bisogni fisiologici; sono direttamente connessi alla sopravvivenza e hanno un livello di intensità più pressante ed importante alla nascita e nel periodo di sviluppo immediatamente successivo;
2. i bisogni di sicurezza; emergono in seguito alla soddisfazione dei bisogni fisiologici e comprendono la stabilità, la dipendenza, la protezione, la libertà dalla paura;
3. I bisogni di appartenenza e di affetto; assumono un'importanza centrale per l'individuo quando i bisogni fisiologici e di sicurezza hanno ricevuto una soddisfacente gratificazione;
4. I bisogni di stima; essi emergono normalmente dopo la soddisfazione dei bisogni di appartenenza e di affetto, intendendo come stima sia quella da parte di se stessi (sentimenti di adeguatezza, di autoefficacia e di autofiducia), sia da parte degli altri (desiderio di prestigio di apprezzamento)
5. I bisogni di autorealizzazione: riflettono la tendenza a realizzare ciò che si è in potenza e corrispondono al desiderio di divenire tutto ciò che si è capaci di diventare.

"Con il raggiungimento della vetta della piramide si ottiene un' efficace percezione della realtà, una spontaneità ed un' accettazione di sé e degli altri; si ottiene un'autonomia rispetto al mondo culturale e sociale, si sviluppa un senso filosofico dell'umorismo, si vivono esperienze emotivamente intense. La creatività, inoltre, rappresenta un peculiare elemento di chi raggiunge l'autorealizzazione; essa riflette una spiccata sensibilità e apertura verso la realtà" (Maslow, 1970, trad. it 1974, p.99).

L' autorealizzazione è fondamentalmente un termine comprensivo di tutte le qualità umane nella direzione dell'integrazione e dell'unità. Per citare Maslow: "la vecchia opposizione tra cuore e mente, tra ragione ed istinto, tra cognizione e conazione scompaiono nelle persone sane, nelle quali questi termini, invece di essere antagonisti, diventano sinergici, i conflitti scompaiono e quei termini che prima sembrano dire qualcosa di contrastante finiscono per indirizzare verso la stessa conclusione" (Maslow, 1970, pag. 290).

Pur non praticando primariamente la psicoterapia, il pensiero di quest' autore ebbe in questo campo delle ripercussioni positive, in quanto a partire dalle sue osservazioni critiche nei confronti dell'approccio biomedico tradizionale, si guardò alla psicopatologia come ad una mancata e reiterata non soddisfazione dei bisogni emergenti nel corso dello sviluppo, e non più soltanto come un difetto oggettivo di funzionamento psichico, Pertanto egli aprì alla clinica una lettura più ampia del disagio umano, visto non più con atteggiamento oggettivistico o limitato all'interpretazione del sintomo, ma collocando, invece, quest'ultimo nella storia evolutiva dell'individuo in rapporto con i propri bisogni.

Rollo May e l'analisi dell'angoscia

May può essere considerato la mente più filosofica tra i fondatori della Psicologia e il suo ruolo all'interno del movimento umanistico è stato soprattutto "critico", anche se uno dei suoi testi principali, "L'arte del counseling" contiene una serie di osservazioni e riflessioni molto calate nella pratica quotidiana, e di sicura e facile applicabilità. May, come molti psicologi umanisti, ha focalizzato il suo interesse sulle possibilità di autorealizzazione dell'uomo, privilegiando la dimensione della consapevolezza personale e della potenza creativa dell'amore e della volontà (May, 1971) .

L'atteggiamento fenomenologico è considerato da May necessario, oltre che nella pratica clinica, anche nelle premesse teoriche e di metodo. In particolare, sottolinea l' autore, per lo studio e per la comprensione della personalità non si può rinunciare alla nozione di intenzionalità e ci si deve accostare al mondo dell'altro sospendendo qualsiasi forma di pregiudizio.

Anche qui, dunque, riemerge in tutta la sua importanza clinica la necessità di separazione tra approccio fenomenologico e cognitivo-terapeutico, al cliente. Approccio fenomenologico, perché nella fase di ascolto empatico (in realtà, il counseling è caratterizzato dall'ascolto empatico dall'inizio alla fine della relazione) il counselor deve immergersi nella realtà del cliente senza alcun condizionamento o pregiudizio personale, i quali impedirebbero di cogliere in tutta la sua intensità, profondità e ampiezza il gioco dei significati che il cliente attribuisce alla esperienza che sta condividendo; approccio cognitivo-terapeutico, perché le conoscenze, la competenza, l'esperienza umana e professionale del terapeuta non sono naturalmente escluse dalla relazione di counseling, ma devono intervenire solo in un secondo tempo, cioè quando il terapeuta, compresa empaticamente l'esperienza e la visione della vita del cliente, può passare ad analizzarla con lui in maniera critica e costruttiva.

Così come in Maslow e in Rogers, anche May coltiva un' immagine positiva dell'uomo in grado di arginare qualsiasi situazione conflittuale attingendo alle possibilità creative e "trascendenti" della individualità in una sorta di "teleologia idealistica". Essa non deve però essere intesa come una

sorta di adesione a tematiche spiritualiste o a visioni trascendenti del significato della vita. Tutt'altro: la psicologia è umanistica proprio perché pone l'uomo al centro dello studio della mente e del comportamento.

L' incontro con i vari filosofi dell'epoca da parte di May ebbe una fertile ripercussione sulle sue opere e sulle sue teorie, ma in particolar modo, rispetto alla concezione umanistica della natura umana, significativa in tutta la sua opera, l'influenza del filosofo S. Kierkegaard. May considera l'angoscia come un fattore ineliminabile della condizione umana e contemporaneamente un fattore che può, a seconda di come viene fronteggiato, favorire od ostacolare la crescita individuale e la tendenza alla realizzazione, così come anche la colpa. May ritiene la riflessione filosofica fondamentale per l' arricchimento e l' umanizzazione della psicoterapia la quale viene concepita come un incontro umano, data la naturale costituzione relazionale dell'uomo, e questa deve rivelarsi appieno nel processo terapeutico. Il Transfert non è solo una riedizione di esperienze passate nel presente, bensì consiste anche in una possibilità di un nuovo e più sano terreno relazionale su cui edificare la costruzione di un nuovo Sé. Anche per May, così come per Rogers, l' incontro terapeutico implica l'adesione a tutto ciò che il paziente sperimenta, poiché esso è un evento reale tra due persone che giocano la loro autenticità.

E' interessante osservare come May ponga l'accento, nella sua elaborazione filosofica e terapeutica, sugli aspetti emozionali della relazione, in misura e con intensità maggiore dei suoi colleghi. Il tema della paura e dell'angoscia, trova rimedio, infatti, in quella qualità che secondo May, il counselor deve riuscire a sviluppare nel cliente e che questo deve portare con sé al termine delle sedute: il coraggio.

E' di estrema importanza, insomma, secondo May, fare leva sul lato inconscio e specificamente emozionale della sfera psichica, perché è in questa che si troverà l'energia distruttiva (l'angoscia) la quale una volta riconosciuta e affrontata, potrà essere utilizzata a nostro favore, rivolgendola verso obiettivi positivi e costruttivi. Ma senza il coraggio (anche nel senso in cui Nietzsche lo intendeva, e cioè la forza di affrontare la realtà per quella che è, osando sempre), non è possibile produrre un vero cambiamento, perché esso solo in parte può essere previsto, progettato e realizzato tramite la razionalità e la conoscenza.

Occorre sempre, in ogni azione umana significativa, quella componente irrazionale che implica, a un certo punto, di fare un salto nel buio, fidandosi di

se stessi e della propria esperienza, e accettando il rischio. E' quella che i fisici che teorizzano circa la meccanica quantistica chiamano "salto quantico", o quella che i neuroscienziati chiamano "spazio intersinaptico", cioè quella zona inesplorata della nostra vita che pretende da noi il coraggio di entrare in essa, senza darci la sicurezza di cosa accadrà, se vogliamo accedere a un livello di conoscenza e consapevolezza superiore.

La psicologia Umanistica in Italia: Roberto Assagioli

Roberto Assagioli (1881-1987), psicoanalista, psichiatra e teosofo può essere considerato uno delle menti più eclettiche della Psicologia in Italia. Dopo una prima fase di adesione e di studio del pensiero freudiano, nel 1914 se ne distaccò poiché iniziò a considerare tale impostazione come limitativa e costrittiva della psiche umana e si dedicò alla costruzione di un proprio orientamento teorico e terapeutico che definì Psicosintesi, in cui all'aspetto analitico affianca la dimensione sintetica dei processi dinamici della mente e sviluppa interessi per la dimensione spirituale dell'essere umano.

L'orientamento psicologico inaugurato da Assagioli concepisce l' uomo come un' inscindibile unità di varie componenti: biologiche, psicologiche e spirituali, e ciò conduce l' Autore a sostenere la necessità di integrare in Psicologia diversi approcci teorici e pratici. Per la Psicosintesi l' uomo è un essere incompleto, teso alla ricerca della propria realizzazione lungo un cammino esistenziale di continua maturazione ed è proprio per queste concezioni che il pensiero assagioliano è da considerarsi contiguo a quello della Psicologia Umanistica (non a caso Assagioli ebbe intensi scambi ed interessi clinici comuni con Maslow). Per l'accento posto sulla dimensione

“trascendente” della natura umana, invece, si avvicina alla Psicologia Transpersonale di cui è esponente principale Ken Wilber.

Nel 1926, Roberto Assagioli fonda a Roma l'Istituto di Psicosintesi, chiuso durante il Fascismo, e riaperto poi a Firenze dove tuttora ha sede e da cui si diramano i molteplici centri in Italia. Nel 1973 con alcuni allievi e collaboratori fonda la Società Italiana di Psicosintesi Terapeutica, scuola di formazione per psicoterapeuti fra le prime riconosciute legalmente in Italia. La sua opera è tutt’ora totalmente ignorata nelle sedi accademiche istituzionali (il suo nome non è neppure citato nei manuali di psicologia universitari). Probabilmente, il motivo fondamentale sta nella deriva che il suo pensiero ha subito a causa della valorizzazione ed enfatizzazione dei soli aspetti “spirituali” del suo pensiero. Oggi il Counseling psicosintetico, per esempio, tende spesso a considerare l’astrologia come una scienza da prendere in considerazione a fini diagnostici e terapeutici, e ad affiancare alla relazione terapeutica la somministrazione di fiori di Bach, o altre forme di cura new age che con la consapevolezza e la conoscenza non hanno nulla a che fare.

BIBLIOGRAFIA

Abdel-Khalek, M., Ahmed, M. (2006). Measuring happiness with a single-item scale, *Social Behavior and Personality*, *34*, 2, 139-150. Disponibile su: http://www.sbp-journal.com/.

Adler, A. (1912). *Il carattere dei nevrotici* (trad. it. 2008). Roma: Newton Compton Editori.

Aldridge, A.(2000). *La religione nel mondo contemporaneo*. Bologna: Il Mulino.

Alheit, P., Bergamini, S. (1996). *Storie di vita.* Milano: Guerini Studio.

Amerio, P. (1995). *Fondamenti teorici di psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.

Anolli, L. (2004). *Psicologia della cultura.* Bologna: Il Mulino.

Antonovsky, A. (1987). *Unreveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. S. Francisco: Jossey-Bass.

Argyle, M. (1988). *Psicologia della felicità*. Milano: Cortina.

Armezzani, M.(2002). *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche*. Bari: Laterza.

Aron, R. (1989). *Le tappe del pensiero sociologico.* Milano: Mondadori.

Asch, S. E. (1958). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgement, in E. Maccoby, T. Newcomb, E. Hartley (a cura di). *Readings in Social Psychology*, Holt Rinheart and Winston, New York, 174-183.

Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of national study. *Journal of the American Medical Society*, *279*, 19, 1548-53.

Atkins P. (2006). *Il dito di Galileo.* Milano: Cortina Editore.

Bach, E. (1996). *Guarisci te stesso e I dodici guaritori e altri rimedi*, Palermo: Nuova Ipsa Editore.

Bara, B. G. (1999). *Pragmatica cognitiva.*Torino: Bollati Boringhieri.

Bara, B. G. (2000). *Il metodo della scienza cognitiva.*Torino: Bollati Boringhieri.

Bara, B. G. (2007a). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva.*Torino: Bollati Boringhieri.

Bara, B. G. (2007b). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento.* Torino: Bollati Boringhieri.

Barash, D. P.(1980). *Sociobiologia e comportamento*. Milano: Franco Angeli Editore.

Barbi, M. (2001). *Mal di schiena*. Pievesestina di Cesena: Elika Editrice.

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente.* Milano: Adelphi.

Bauman, Z. (2002). *La società individualizzata. Come cambia la nostra esperienza.*

Bologna: Il Mulino.

Bauman, Z. (2008). *Paura liquida*. Bari: Laterza.

Bear, M. F., Connors, W. B., Paradiso, M. A. (2007). *Neuroscienze. Esplorando il cervello.* Milano: Masson.

Beck, U. (2009). *Il Dio personale.* Bari: Laterza.

Bellavite, P. (1998). *Biodinamica*. Milano: Tecniche Nuove.

Benini, A. (2012). *La coscienza imperfetta.* Milano: Garzanti.

Benedersky, M., Lewis, M. (1994). Environmental risk, biological risk, and developmental outcome. *Developmental Psychology*, 30, pp. 484-494.

Benkirane, R. (2007). *La teoria della complessità.* Torino: Bollati Boringhieri.

Berger, P. L. (1984). *La sacra volta: elementi per una teoria sociologica della religione.* Milano: SugarCo.

Berger, P. L. (1994). *Una gloria remota.* Bologna: Il Mulino

Bert, G. (1974) . *Il medico immaginario e il malato per forza*. Milano: Feltrinelli.

Bertalanffy von, L. (2004). *Teoria generale dei sistemi.* Milano: Mondadori.

Bertini, M. (1988). *Psicologia e salute*. Roma: NIS.

Berzano, L., Genova, C. (2010). *La società delle pratiche occidentali.* Bologna: I libri di Emil. Blandino, G. (2006). *Un futuro nel passato*. Torino: Antigone.

Boncinelli, E. (2000). *Il cervello, la mente, l'anima*. Milano: Mondadori.

Bonino, S., Raffieuna, A. (1999). *Psicologia dello sviluppo e scuola elementare.*

Firenze: Giunti.

Bonino, S. (2000). *Dizionario di psicologia dello sviluppo.* Torino: Einaudi.

Bosio, C.A. (1988). La salute pensata. Per un'analisi psicosociale della cultura della salute oggi in Italia. In M.Bertini (a cura di). *Psicologia e salute* (pp.12-29*)*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
Bourke, J. (2005). *La paura, una storia culturale.*Bari: Laterza.

Boudon, R. , Bourricaud, F. (2000). *Dizionario critico di sociologia. Roma: Armando Editore.*

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura.* Milano: Cortina.

Bowlby, J. (2000). *Attaccamento e perdita. Vol. 1, 2, 3.* Torino: Bollati Boringhieri.

Brancato, A., Pandolfi, L. (2005). *Le false certezze.* Milano: Mondadori.

Brennan B. A. (2004). *Mani di luce.* Milano: Corbaccio

Brown, J. D. ,Taylor, S.E. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychol. Bull.* 103, 193-110.

Brigo, B. (2000). *L'uomo, la fitoterapia, la gemmo terapia*. Milano: Tecniche nuove

Brigo, B. (2001). *Omeopatia dall'A alla Z.* Milano: Tecniche nuove

Butto, N. (2003). *Il settimo senso.* Roma: Edizioni Mediterranee.

Calasso, R. (2010). *L'ardore.* Milano: Adelphi.

Campan, R, Scapini, F. (2005). *Etologia.* Bologna: Zanichelli.

Campanini, E. (2000). *Dizionario di fitoterapia e piante medicinali.* Milano: Tecniche nuove

Campbell, J. (2003). *Le distese interiori del cosmo*. Milano: Tea.

Campbell, N. A., Reece, J. B. (2009). *Biologia 4 - La forma e la funzione nelle piante.* Milano: Pearson Paravia Bruno Mondadori.

Canestrari, R., Godino, A. (2002). Trattato di Psicologia, Bologna: Ed. Clueb.

Capra, F.(1976). *Il tao della fisica* .Milano: Adelphi.

Capra, F. (1984). *Il punto di svolta.* Milano: Feltrinelli.

Capra, F. (1997). *La rete della vita.* Milano: Rizzoli.

Capra, F. (2002). *La scienza della vita.* Milano: Rizzoli.

Capra, F. (2007). *La scienza universale.* Milano: Rizzoli.

Caprara, G. V., Gennaro, A. (1999) *Psicologia della personalità*. Bologna: Il Mulino.

Cardano M. (2011). *La ricerca qualitativa.* Bologna: Il Mulino.

Carrel, A. (1991). *L'essere umano, questo sconosciuto*. Reggio Emilia: Città Armoniosa.

Cassirer, E., (1964), *Filosofia delle forme simboliche, vol. II: Il pensiero mitico*. Firenze: La Nuova Italia.

Cavalli Sforza, L. L. (2008). *L'evoluzione della cultura.* Torino: Codice edizioni.

Chang, S., Long, S. R.(2004). Estimating the cost of cancer: results on the basis of claims data analyses for cancer patients diagnosed with seven types of cancer during 1999 to 2000, *J CLIN Oncol*, 3524-3530.

Chatelet du, E.(1992). *Discorso sulla felicità,* Palermo; Sellerio.

Chopra, D. (1992). *Guarirsi da dentro*. Milano: Sperling& Kupfler.

Chiekanovsky, p. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 104, 627-637.

Chung Liang, A. H., Lynch, J. (1992) *Corpo che pensa, mente che danza.* Milano: Longanesi.

Cicognani, E. (2006). La salute e il benessere soggettivo. In A. Mauri, C. Tinti (a cura di). *Psicologia della salute* (pp.16-27). Torino: Utet.

Clarck, H.R. (2000). *La cura di tutte le malattie.* Diegaro di Cesena (FC): Macro Edizioni.

Clarck, M. (2004). *I paradossi dall'A alla Z.* Milano: Raffaello Cortina.

Codice di deontologia medica, in *Enciclopedia della Medicina,* (2001), pp.895-912. Novara: De Agostini.

Cohen, J. (1964). Psychological time. *Scientific American,* 216-218.

Comitato nazionale per la bioetica, seduta plenaria del 18 marzo 2005, "Le medicine alternative e il problema del consenso informato" Disponibile su: http://istitutobioetica.org/documenti/salute.

Compendio di fitoterapia spagyrico-alchemica (2006), Cesena: Herboplanet.

Comunità di Etica Vivente di Città della Pieve (2006). *Guarire con l'energia psichica*. Città della Pieve: T.P Edizioni.

Confucio, *Testi confuciani, Il grande studio,* in :http://www.polonews.info/documenti_originali/I%20classici/testi%20confuciani%20b.pdf.

Corbellino, G. (2004). *Breve storia delle idee di salute e malattia.* Roma: Carocci.

Correa-Velez, I., Clavarino, A., Barret, A.G., Eastwood, H. (2003). Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. *Palliative medicine, 17*, 695-703.

Coser, L. A. (1983). *I maestri del pensiero sociologico.* Bologna: Il Mulino.

Cox, T. (1987). Stress, Coping and Problem Solving, in “*Work & Stress*”, 1, pp. 5-14.

Cunningham, W. A. (2003). Neural components of social evaluation*. J. Pers. Soc. Psychol.* 85. 639-649-

Dahlke, R. (2001). *Malattia, linguaggio dell’anima*. Roma: Mediterranee.

Damasio, A. (1995). *L’errore di Cartesio*. Milano: Adelphi.

Damasio, A. (2003). *Alla ricerca di Spinoza.* Milano: Adelphi.

Damasio, A. (2005). *Emozioni e coscienza*. Milano: Adelphi.

Davies, (2001). *Da dove viene la vita?* Milano: Mondadori.

Dawkins, R. (1995). *Il gene egoista*. Milano: Mondadori.

Dawkins, R. (2006). *L’orologiaio cieco*. Milano: Mondadori.

Dawkins, R. (2007). *L’illusione di dio. Le ragioni per non credere*. Milano: Mondadori.

De Chirico, T. (2000). *Omeopatia* Milano: Gruppo Editoriale Armenia.

De Gucht, V., Fischler B. (2002). Somatisation: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Psychosomatics 43:1*, January-february 2002.

De Martino, E. (1948). *Il mondo magico: prolegomeni a una storia del magismo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Dennet, D. (2000). *La mente e le menti.* Milano: Rizzoli.

Dennet, D. (2004). *L’idea pericolosa di Darwin.* Torino: Bollati Boringhieri.

Dennett D. (2004). Quainare i qualia, in A. De Palma e G. Pareti (a cura di), *Mente e corpo. Dai Dilemmi della filosofia alle ipotesi della neuroscienza,* 2004, pp. 189-233). Torino: Bollati Boringhieri.

Dennet, D.(2004a). *L’evoluzione della libertà.* Milano: Raffaello Cortina.

Dennet, D. (2006). *Breaking the Spell: Religion as a Natural Phenomenon.* New York: Viking Adult.

Dennett, D. (2006). *Sweet dreams. Illusioni filosofiche sulla coscienza.* Milano: Raffaello Cortina.

Dennet, D.(2007). *Rompere l'incantesimo.* Milano: Raffaello Cortina.

Dethlefsen, T. (1999). *Il destino come scelta.* Roma: Mediterranee.

Dethlefsen, T., Dahlke, R. (2000) *Malattia e destino.* Roma: Mediterranee.

Detti, T., Gozzini, G. (2002) *Storia contemporanea. II. Il Novecento.* Milano: Bruno Mondadori.

De Waal, F. (2008). *Primati e filosofi.* Milano: Garzanti.

Diamond, J. (2007). *Il terzo scimpanzé.* Torino: Bollati Boringhieri.

Diamond, J. (2005). *Collasso.* Torino: Einaudi

Diamond, J. (2006). *Armi, acciaio e malattie.* Torino: Einaudi

Diener, E. (1998). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24*, 25-41.

Dilts, R.-Grinder, J.-Bandler, R.-Bandler, L. C.-DeLozier, J.(1982). *Programmazione neurolinguistica.* Roma: Casa editrice Astrolabio- Ubaldini Editore.

Di Spazio, V. (1995), *Iridologia: ricerca e sviluppo*. Padova: Alcione.

Dobrilla, G. (2004). *Placebo e dintorni*, Roma: Il pensiero scientifico Editore.

Doniger, W. (2005) . *Sogni, illusioni e altre realtà.* Milano: Adelphi.

Dorfles, G. (1977). *Nuovi riti, nuovi miti.* Torino: Einaudi.

Dozier, R. W. Jr. (1999). *I perché della paura.* Milano: Baldini e Castoldi.

Durante, G. (2001). *Dio e il suo doppio*. Disponibile in: http://www.psicodramma.it/docs-tesi/durante.pdf.

Dujany, R. (2000). *Teoria e impiego pratico della kinesiologia applicata*. Milano: Tecniche Nuove.

Durkheim, E. (1963). *Le forme elementari della vita religiosa.* Milano: Comunità.

Durkheim, E. (1997). *Il suicidio: studio di sociologia.*Milano: Rizzoli.

Edelman, G. M (1995). *Darwinismo neurale.* Torino: Einaudi.

Edelman, G. M., Tononi G. (2000). *Un universo di coscienza.* Torino: Einaudi.

Ekman, P. (1999). *Are there basic emotions?* Psychol. Rev.,vol99, 550-553.

Eibl-Eibesfeldt, I. (2001). *Etologia umana.* Torino: Bollati Boringhieri.

Einstein, A. (1997). *Pensieri di un uomo curioso.* Mondadori: Milano.

Eisenberger, N. I. (2003). Does rejection hurt: an fMRI study of social exclusion. *Science* 302, 290-292.

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. (2004). "Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain". *Trends in Cognitive Sciences.* 2004 Jul; 8 (7): 294-300.

Eliade, M. (1954) *Trattato di storia delle religioni.*Torino: Einaudi.

Eliade, M. (1976). *Miti, sogni e misteri.* Milano: Rusconi.

Eysenck, M.W., Keane, M.T., (1998). *Manuale di psicologia cognitiva.* Milano: Sorbona.

Elster, J. (1983). *Ulisse e le sirene.* Bologna: il Mulino.

Engel, G. L.(1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129-136.

Ercolani, M. (1997). *Malati di dolore: Aspetti medici e psicologici del paziente con dolore cronico.* Milano: Zanichelli.

Ercolani, M., Pasquini L. (2007). *La percezione del dolore* . Bologna: Il Mulino.

Evans, B. (1948). *Storia dei luoghi comuni*. Milano: Longanesi.

Faccio, M., Piantanida, C. (2011). *Pronto soccorso naturopatico*. Milano: Urra.

Favretto G. (1994). *Lo stress nelle organizzazioni.* Bologna: Il Mulino.

Feyerabend, P.K. (1975). *Contro il metodo.*Milano: Feltrinelli.

Ferrieri, G., Lodispoto, A. (2001). *Cento modi per guarire*. Milano: Mondadori.

Ferrucci, P. (1988*) Crescere.* Roma: Casa editrice Astrolabio- Ubaldini Editore.

Festinger, L. (1942). *La teoria della dissonanza cognitiva.* Milano: Angeli, 1973.

Feuerbach, L. (2006). *L'essenza della religione.* Bari: Laterza.

Firenzuoli, F. (2000). *Le cento erbe della salute.* Milano: Tecniche nuove.

Fischer, E.P. (1997). *Aristotele, Einstein e gli altri.* Milano: Cortina Editore.

Fisher, H. (2005). *Perché amiamo.* Milano: Corbaccio.

Foltz, E. L., White L. E. (1968). The role of rostral cingolotomy in “pain” relief. *Int. J. Neurol.* 6, 353-373.

Foster, R., Kreitzman L. (2007). *I ritmi della vita.* Milano: Longanesi.

Frankfurt, H. G. (2005). *Stronzate. Un saggio filosofico.* Milano: Rizzoli.

Frazer, J.G. (1990). *Il ramo d’oro.* Torino: Bollati Boringhieri.

Freeman, W. J. (2000). *Come pensa il cervello*. Torino: Einaudi.

Freud, S. (1888-92). Ipnotismo e suggestione. trad.it. in *Opere*, vol.I. Torino: Boringhieri (trad. it.1967).

Freud, S. (1934-38). *L’uomo Mosè e la religione monoteistica* (trad. it. 1977). Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1969). *Introduzione alla psicoanalisi.* Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1990). *L’avvenire di un illusione.* Torino: Boringhieri.

Freud, S. (2010). *L’avvenire di un illusione - Il disagio della civiltà.* Milano: Newton Compton.

Freund, M. (1990) Toward a Critical Theory of Happiness: Philosophical background and Methodological Significans. *New Ideas in Psychology, 3,* 3-12.

Fulder, S. (1996). *The Handbook of Alternative and Complementary medicine*, Oxford, England: Oxford University Press.

Fuso, S. (2006). *Fede come terapia*, disponibile su: http://www.cicap.org.

Fuso, S. (2007). *Pinocchio e la scienza.* Bari: Dedalo edizioni

Gadamer, H. G.,(1993). *Dove si nasconde la salute.* Milano: Raffaello Cortina.

Galati, D. (2002). *Prospettive sulle emozioni e teorie del soggetto*. Torino: Bollati Boringhieri

Galati, D. (2004). Felicità ed emozioni positive, *Ricerche di Psicologia, 27,*1, 41-62.

Galimberti, U. (1998). *Paesaggi dell’anima.* Milano: Mondadori.

Galimberti, U. (2006). *Dizionario di psicologia.* Novara: Istituto Geografico De Agostini..

Garlaschelli, L. (1999). *La Chimica e l'Industria, 81*, 123.

Gazzola F. (1996). *I fiori di Bach.* Milano. Mariotti

Gazzola F. (2002). *Visologia*. Torino: SugarCo.

Ghisalberti, A. (1972). *Guglielmo di Ockam*. Milano: Vita e pensiero.

Gibbons, R. D., Davis, J. M (1984). The price of beer and the salaries of priests: analysis and display of longitudinal psychiatric data, in *Archives of general Psychiatry, 41*, 1183-194.

Giddens, A. (2002). *Capitalismo e teoria sociale.* Milano: Il saggiatore.

Gimpel, J. (1982). *Costruttori di cattedrali.* Milano. Jaka Book.

Girotto, V. (1994). *Il ragionamento.* Bologna. Il Mulino.

Giusberti, F., Nori, R. (2000). Il pensiero quasi-magico. *Psicologia Contemporanea, 160*, 50-55.

Givaudan, A. (2004). *Forme pensiero*. Giaveno: Amrita.

Gleick, J. (1987). *Caos.* Milano: CDE.

Gleick, J. (2000). *Sempre più veloce.* Milano:Rizzoli.

Goffman, E. (1988). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino.

Goffman, E. (1988a). *L'interazione strategica.* Bologna: Il Mulino.

Goffman, E. (2010). *Asylums.* Torino: Einaudi.

Goldacre, B. (2009). *La cattiva scienza.* Milano: Bruno Mondadori.

Goldberg, E. (2005). *Il paradosso della saggezza*. Milano: Ponte alle Grazie.

Goleman, D. a cura di (1998, a). *Le emozioni che fanno guarire.* Milano: Mondadori.

Goleman, D. (1998, b). *Menzogna, autoinganno e illusione.* Milano: Rizzoli.

Guerra, G. (2006). Contesti di vita e salute. In A. Mauri, C. Tinti (a cura di). *Psicologia della salute* (pp.16-27). Torino: Utet.

Gray, M. (1997). *Evidence-based health care.* Edinburgh: Churchill Livingston.

Groddeck, C. (2005). *Il linguaggio dell'Es.* Milano: Adelphi.

Guidano, V. F. (2007). Lo sviluppo del Sé. In Bara B. *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva* (pp. 134-152). Torino: Bollati Boringhieri.

Gulotta, G., Boi T. (1997). *L'intelligenza sociale.* Milano: Giuffrè.

Gulotta, G. (1999). *La scienza della vita quotidiana.* Milano: Giuffrè.

Gulotta, G. (2005). *Psicoanalisi e responsabilità penale.* Milano: Giuffrè.

Gulotta, G., de Cataldo Neuburger L. (1996). *Trattato della menzogna e dell'inganno.* Milano: Giuffrè.

Gureje, O., Simon G. (1999). Stability of somatisation disorders and somatisation symptoms among primary care patients. *Arch. Gen. Psychiatry 1999;* 56:90-95.

Hadland, K. A. (2003). The effect of cingulate lesions on social behaviour and emotion. *Neuropsychologia*, 41, 919-931.

Hatworne, N. (1982). *Racconti*. Milano: Garzanti.

Hauser, M. D. (2007). *Menti morali.* Milano: Il Saggiatore.

Heider, F. (1958). *Psicologia delle relazioni interpersonali.* Bologna: Il Mulino.

Heller, J (2000). *Comma 22*. Milano: Bompiani.

Hellinger, B., Hovel t.G. (2001). *Riconoscere ciò che è.* Milano: Urra.

Hillman, J. (1999). *L'anima del mondo.* Milano: Rizzoli.

Hirshberg, C., Barash, M. (1995) *Guarigioni straordinarie.* Milano: Mondadori.

Hitchens, C. (2007). *Dio non è grande.* Torino: Einaudi.

Hogg, C. (1999) *Patients, power and politics.* London: Sage.

Holdway A. (1999). *Iniziazione alla kinesiologia.* Roma: Edizioni Mediterranee.

Holford, P. (1999). *Guida completa alla nutrizione.* Milano: Tecniche Nuove.

Hughes, K. (2004) Health as individual responsibility. Possibilities and personal struggle, in Tovey, P., Easthope, G. and Adams, J. (eds) *The mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine, Studies in social context*. London: Routledge.

Husserl, E. (1908). *L'idea della fenomenologia*. Milano, Il Saggiatore, 1981.

Husserl, E. (1936). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale.* Milano, Il Saggiatore, 1961.

Huxley, A. (1971). *Il mondo nuovo.* Milano: Mondadori.

Huxley, A. (2001). *La filosofia perenne.* Milano: Adelphi.

Kagan, J. (2001). *Tre idee che ci hanno sedotto*. Bologna: Il Mulino

Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (1999). *Well being: the foundations of hedonic psychology.* New York: Russel Sage Foundation.

Kandel, E. R., Schwartz, j.H., Jessel, T. M. (1994). *Principi di neuroscienze.* Milano: CEA

Kendler, K.S., Eaves, L.S. (1986). Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 142, pp.279-289.

Kick, R. (2003), (a cura di). *Tutto quello che sai è falso*. Bologna: NMM.

Kleijnen, J.Knipschild, P., Rietter, G.(1991) Clinical trials of homeopaty. *British Medical Journal*, *302*,1.

Knowles, M. S., Holton, E. F. III, Swanson, R. A. (2008). *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona.* Milano: FrancoAngeli

Koestler, A. (1972). *Le radici del caso.* Roma: Astrolabio.

Köntopp, S. (2006). Comportamento e motivazione di pazienti della medicina complementare. *Medicina funzionale*, *1*, 35-41.

Kotrschal K. (1995). *Uniti nell'egoismo?* Torino: Bollati Boringhieri.

Kristeva, J. (1989). *Sole nero. Depressione e malinconia.* Milano: Feltrinelli

Kuhn, T.S. (1969). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche.* Torino: Einaudi.

Izzo, A. (1994). *Storia del pensiero sociologico.* Bologna: Il Mulino

Jhonson, R. (2003). *Effetti delle emozioni sulla salute*. Milano: Tecniche Nuove.

Johnson-Laird, P. (1988). *Modelli mentali.* Bologna: Il Mulino.

Jung, C. G.(1928). Energetica psichica*,* in id.*Opere,* trad.it., vol. VIII, Torino: Boringhieri.

Jung, C. G.(1934-54). Gli archetipi dell'inconscio collettivo, in id.*Opere,* trad.it., vol. VIII, tomo I. Torino: Boringhieri.

Jung, C.G.(1942). *Il problema dell'inconscio nella psicologia moderna.* Torino: Einaudi.

Lakoff, G., Johnson, M. (2004). *Metafora e vita quotidiana.* Milano: Bompiani.

Lazarus, R.S. (1976). *Patterns of Adjustment*, New York: McGraw-Hill.

Leary, M. R. (1995). The role of low self-esteem in emotional and behavioural problems: why is low self-esteem dysfunctional? *J. Soc. Clin. Psichol.* 14, 297-314.

Le Breton, D. (2007). *Antropologia del dolore.* Roma: Meltemi Editore.

LeDoux, J. (2002). *Il Sé sinaptico.* Milano: Raffaello Cortina.

LeDoux, J. (2003). *Il cervello emotivo.* Milano: Baldini Castoldi Dalai Editore.

Le Moine, P. (2002). *Effetto placebo.* Como: Red.

Lerner, M. J.(1971). *Derserving Versus Justice. A contemporary Dilemma*. University of Waterloo, Waterloo.

Levine, P. A. (2002) *Traumi e scock emotivi.* Diegaro di Cesena (FC): Macro Edizioni.

Levy-Bruhl, L. (1966). *La mentalità primitiva.* Torino: Einaudi.

Lieberman, N. (2004). The neural correlates of placebo effects: a disruption account. *Neuroimage* 22, 447-455.

Liotti, G. (2007). Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni. In Bara B. *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva* (pp. 105-133). Torino: Bollati Boringhieri.

Lipton B. H. (2006). *La biologia delle credenze.* Diegaro di Cesena (FC): Macro Edizioni.

Lomborg, B. (2003). *L'ambientalista scettico.* Milano: Mondadori.

Lorberbaum, J. P. (2002). A potential role for thalamocingulate circuitry in human maternal behavior. *Biol. Psychol,* 51, 431-445.

Lo Rito, D. (1993*). Il cronorischio.* Milano: Euditorium.

Loewe, M. (1999).Cylical and linear concepts of time in China. In Lippincott, K., a cura di, *The story of time.* London: Merrel Holberton, p. 76-79.

Lowen, A. (2000). *Bioenergetica.* Milano: Feltrinelli.

Luccio, R. (2000). *La psicologia: un profilo storico.* Bari: Laterza.

MacDonald, G., Shaw, S. (2004). Adding insult to injury: social pain theory and response to social exclusion. In *The social outcast: Ostracism, Social exclusion, rejection, and Bullying.* Cambridge University Press.

Maciocia, G. (2007). *Fondamenti della Medicina Cinese.* Milano: Elsevier.

MacLean, P. (1984). *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Torino: Einaudi.

MacLean, P. (1993). Perspectives on cingulate cortex in the limbic system In *Neurobiology of Cingulate Cortex and Limbic Thalamus: A Comprehensive Handbook*, p.1-15. Birkhauser.

Maddox, J., Randi, J., Stuart, W. (1988). High Dilution Experiment: a Delusion. *Nature*, *334*, 287.

Maffei, L. (2012). *La libertà di essere diversi*. Bologna: Il Mulino.

Magnani, M. (2005). *Spiegare i miracoli.* Bari: Dedalo Edizioni.

Marletti, C. A. (2006). *Razionalità e valori.* Bari: Laterza.

Marradi, A. (2007). *Metodologia delle scienze sociali.* Bologna: Il mulino.

Maslow, A. H. (1973). *Motivazione e personalità.* Roma: Editore Armando Armando.

May, R. (1991). *L'arte del Counseling.* Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore.

Majaux, M. J., Guilhard-Moscato, M. L., Schwartz, D., Benveniste, J., Coquin, Y., Capanne, J, B., Poiterin, B., Rodare, M., Chevrel, J. P:, Mollet, M. (1988). Controlled clinical trial of Homeopaty in postoperative ileus. *The Lancet*, *1*, 8584, 528-9.

Malinoswsky, B. (1925) *Magic, Science and Religion.* New York: Doubleday Anchorbooks.

Marchesi, F. (2000). *La fisica dell'anima.* Milano: Tecniche Nuove.

Marchesi, F. (2006). *Amati!.* Casale Monferrato: Edizioni Piemme

Martinetti, M. (1942). *Ragione e fede*, Torino: Einaudi.

Masin, S.C.(1989). *Analisi del mondo reale. Saggio sulla teoria della percezione.* Padova: Liviana.

Maslow, A. (1971). *Verso una psicologia dell'essere*. Firenze: Astrolabio.

Maslow, A. (1977) *Motivazione e personalità*. Roma: Armando.

Maturana, H., Varela, F. (1992). *Macchine ed esseri viventi. L'autopoiesi e l'organizzazione biologica*. Roma: Ubaldini Editore.

Maturana, H., Varela, F. (1999). *L'albero della conoscenza.* Milano: Garzanti.

Maturana, H., Varela, F. (2001). *Autopoiesi e cognizione.* Venezia: Marsilio.

Mauri, A., Tinti, C. (2006), *Psicologia della salute.* Torino: Utet.

Mayr, E. (2005). *L'unicità della biologia.* Milano: Raffaello Cortina.

McFarland, B., Bigelow, D., Zani, B., Newson, J.,Kaplan, M. (2002). Complementary and Alternative medicine use in Canada and in the United States. *American Journal of Public Health*, *22*, 10.

McGuire, M. B. (1988). *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Merskey, H ., Spear F . G . (1967). *Pain, psychological and psychiatric aspects*. London. Bailliere, Tindall & Cassell.

Merton, R. K. (2000). *Teoria e struttura sociale*.(vol.I: Teoria sociologica). Bologna: Il Mulino

Miceli, R. (2004). *Numeri, dati, trappole.* Roma: Carocci.

Michalsen, A., Paul, A, Knoblauch N, Pithan, C., Langhorst, J., Dobos, G. (2006). *Medicina funzionale*, *1*, 19-26.

Miller, P.H. (1983). *Teorie dello sviluppo psicologico.* Bologna: Il Mulino.

Minois, G.(2003). *Storia del male di vivere.* Bari: Dedalo.

Moerman, D. E. (2004). *Placebo.* Milano: Edizioni Vita e Pensiero.

Morina, G. A. (2006). *Il libro nero delle medicine alternative.* Torino: Ebook Morina Editore.

Morina, G. A. (2006). *L'illusione delle medicine alternative.* Torino: Ebook Morina Editore.

Morina, G. A. (2007). *Omeopatia: se la conosci, la eviti.* Torino: Ebook Morina Editore.

Morina, G. A. (2009). *La medicina secondo il Dr. House.* Aprilia: Eremon Edizioni.

Morlock, A.H. (1967). The effect of outcome desiderability on information required for decision, in *Behavioural Science, 12,* 296-300.

Moustakas, C. (1994) *Phenomenological research methods.* London: Sage.

Murray, M., Pizzorno, J. (2000). *Enciclopedia della medicina naturale.* Milano: Sperling e Kupfer.

Nemoto, H. (2003). Fluvoxamine modulates pain sensation and affective processing of pain in human brain. *Neuroreport* 14, 791-797.

Newberg, A., d'Aquili, E. (2003). Dio nel cervello. Milano: Mondadori.

Nicola, U. (2003). *Sembra, ma non è.* Firenze: Giunti Gruppo Editoriale.

Nicolis, G., Prigogine, J. (1987). *Esplorando la complessità.* Torino: Einaudi.

Nisbett, R. (2007). *Il Tao e Aristotele*. Milano: Rizzoli.

Nisbett, R., Ross, L. (1989). *L'inferenza umana.* Bologna: Il Mulino.

Nunn, C. (2006). *Il fantasma dell'uomo macchina.* Milano: Apogeo.

Odifreddi, P. (1999). *Il Vangelo secondo la Scienza.*Torino: Einaudi.

Odifreddi, P. (2007). *Perchè non possiamo essere cristiani.* Milano: Longanesi.

Olagnero, M. (2004). *Vite nel tempo.* Roma: Carocci.

Onfray, M. (2011). *Crepuscolo di un idolo.* Milano: Ponte alle Grazie.

O' Regan, B., Hirshberg, C. (1993). *Spontaneous remission. An annotated bibliography.* Sausalito: Institute of Noetic Sciences.

Pace, O. (1933). *Omeopatia. Le malattie guarite col metodo dei simili.* Milano: Hoepli.

Panfili, Mangani, (2002). *Gruppi sanguigni e dieta.* Milano: Tecniche Nuove.

Panfili, Mangani, (2004). *La dieta per l'anima.* Milano: Tecniche Nuove.

Panksepp J.(1989). The neurobiology of emotion: of animal brainsand human feelings, in H.Wagner e A. Manstead (a cura di), *Handbook of social Psychophisiology*, Wiley and Sons, Chicester, pp.5-26.

Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience,* Oxford University Press.

Pareto, V. (1964) *Trattato di sociologia generale*, 2 voll., Milano: Comunità.

Pavese, A. (2005). *Analisi psicologica della fede come strumento di guarigione fisica e spirituale in casi reali.* Casale Monferrato: Portalupi.

Pedon, A., Gnisci, A. (2004). *Metodologia della ricerca psicologica.* Bologna: Il Mulino.

Peluffo, N. (1999). Considerazioni pratiche sulla tecnica micropsicoanalitica. *Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi*, 26. Torino: Tirrenia Stampatori.

Pert, C. (2000). *Molecole di emozioni.* Milano: Corbaccio.

Perussia, F. (2003) *Theatrum psichotechnicum*. Torino: Bollati Boringhieri.

Phaneuf, H. (2009). *Erbe: tutta la verità.* Milano: Mondadori.

Piaget, J. (1955). *La rappresentazione del mondo nel fanciullo.* Torino: Einaudi.

Piattelli Palmarini, M. (1993). *L'illusione di sapere.* Milano: Mondadori.

Pinker, S. (2000). *Come funziona la mente*. Milano: Mondadori.

Pitkin, W.B.(1949). *Introduzione alla storia della stupidità umana.* Milano: Bompiani.

Pitrolo Gentile, L. M. (2010). *Fitoterapia nella pratica clinica.* Firenze: Aldenia.

Pizzorno, A. (2007). *Il velo della diversità.* Milano: Feltrinelli.

Poincarè, H. 1946. *The Foundations of science.* Lancaster: Science.

Polidoro, M. (2012). *Il sesto senso.* Milano Mondadori.

Popper, K.R. (1998). *Logica della scoperta scientific*a, Torino: Einaudi.

Price, D.D. (2000). Psychological and neural mechanism of the affective dimension of pain. Science, 288, 1769-1772.

Purves D. (2009). Neuroscienze. Bologna: Zanichelli.

Putnam H. (2004). La natura degli stati mentali, in A. De Palma e G. Pareti (a cura di). *Mente e corpo. Dai Dilemmi della filosofia alle ipotesi della neuroscienza*. Torino: Bollati Boringhieri.

Ramachandran, V. S. (2006). *Che cosa sappiamo della mente.* Milano: Mondadori.

Reale, G. (1999). *Corpo, anima e salute.* Milano: Cortina.

Richard, R. (2000). *Osteopatia ginecologica funzionale.* Roma: Marrapese.

Richardson, J. (2004). What Patients expect from complementary Therapy: a qualitative study. *American Journal of Public Health*, *94*, 6, 1049-52.

Rizzolatti, G., Sinigaglia C., (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio.* Milano: Raffaello Cortina Editore

Robinson, B. W. (1967). Vocalization evoked from forebrain in macaca mulatta. *Physiological Behaviour.* 2, 345-354.

Rogers, C. R. (1994). *La terapia centrata - sul- cliente.* Firenze: Psicho di Martinelli.

Rorty, A.O. (1991). Autoinganno, akrasia e irrazionalità, in Elster J. (a cura di), *L'Io multiplo,* Milano: Feltrinelli, 129-45.

Rose, N. (1999). *Powers of Freedom.* Cambridge: Cambridge University Press.

Rotter, J.B., (1972). *Applications of a Social Learning Theory of Personality.* New York: Holt.

Sackett, D.L.(1996). *Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. 312*, 71-2.

Saks, M. (2003) *Ortodox and Alternative medicine Politics, professionalisation and health care.* London and New York: Continuum.

Sapolskj, R. M. (2006). *Perchè alle zebre non viene l'ulcera?.* Milano: Orme.

Sarno, J. E., Mann, S. J., Rashbaum, I. (2007). *The Divided Mind: The Epidemic of Mindbody Disorders* . London: Paperback.

Sarvepalli R. (1981), (a cura di). *Storia della filosofia orientale*. Milano: Feltrinelli.

Satinover, J. (2006). *Il cervello quantico.* Diegaro di Cesena (FC): Macro Edizioni.

Scanavino, I., Blandino, G. (2004). *Promemoria freudiano.* Milano: Raffaello Cortina Editore

Schacter, D. L. (1996). *Alla ricerca della memoria.* Torino: Einaudi.

Scheffer, M. (1990). *Terapia con i fiori di Bach.* Palermo: Nuova Ipsa Editore

Schmidt, R. F. (1985). *Fondamenti di neurofisiologia.* Bologna: Zanichelli.

Sciolla, L. (2010). *L'identità a più dimensioni.* Roma: Ediesse.

Searle, J. (2005). *La mente.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Selye, H. (1946). *The General Adaption Syndrome and the Disease of Adaptation.* J. Clin. Endocrinol., vol. 6, 117-230.

Sen, A. (2006). *Identità e violenza.* Bari: Laterza.

Servan-Schreiber, D. (2003). *Guarire*. Milano: Sperling & Kupfler.

Sharma, U. (1992) *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. London and New York: Tavistock/Routledge.

Sheldrake, R. (1998). *L'ipotesi della causalità formativa.* Como: Red Edizioni.

Schopenhauer, A. (1981) *Parerga e paralipomena.* Milano: Adelphi.

Schopenhauer, A. (1982). *Il mondo come volontà e rappresentazione.* Milano: Mursia.

Schopenhauer, A. (1991). *L'arte di ottenere ragione.* Milano: Adelphi.
Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Singh, S., Ernst, E. (2008). *Aghi, pozioni e massaggi*. Milano: Rizzoli.

Skrabanek, P., McCormick, J. (2002). *Follie e inganni della medicina.* Venezia: Marsilio.

Smith, C.M., Sullivan, C. (2008). *I falsi miti dell'evoluzione.* Bari: Dedalo Edizioni.

Smith, P. K., Cowie, H., Blades, M. (2000). *La comprensione dello sviluppo.* Firenze: Giunti.

Sointu, E.(2006). The search of wellbeing in alternative and complementary health practices. *Sociology of Health and Illness. 28*, 3, 330- 49.

Spaltro, E. (2007). *Psichica: osservazioni sulla psicologia del benessere*. Disponibile su: http://www.psicopolis.com/ergopolis/spaltro.htm.

Sparti, D. (2000). *Identità e coscienza.* Bologna: Il Mulino.

Stamm, J. S. (1955). The function of the medial cerebral cortex in maternal behaviour of rats. *Journal Comp. Phisiol. Psychol.* 47, 21-27.

Stark, R. (2005). *La vittoria della ragione.* Torino: Lindau.

Stegagno, A. (2002). *Medicina kinesiologica*. Milano:Tecniche Nuove.

Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (a cura di) (1991). *Subjective well being. An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon.

Strogatz, S. (2003). *Sincronia*. Milano: Rizzoli.

Tallis, F. (2003). *Breve storia dell'inconscio*. Milano: Il Saggiatore.

Taylor, S. E. (1991). *Illusioni. Quando e perché l'autoinganno diventa la strategia più giusta.* Firenze: Giunti.

Taylor, S.E. (2004). Social support. *Oxford handbook of health Psychology.* Oxford University Press.

Taubert, A. (1998). *Le stelle del dottor Bach.* Cuneo: Espace bleu.

Teognide (1989). *Elegie.* II, 425-426, p.143. Milano: Rizzoli.

Thomas, K. J, Carr J., Westlake, L., Williams B.T. (1991). *Use of non ortodox and conventional health care in Great Britain. 199*, 302, 207-10.

Thomas, K.J., Nicholl, J. P., Coleman, P. (2001). Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complementary therapies in Medicine, 9,* 2-11.

Tomasello, M. (2010). Altruisti nati. Torino: Bollati Boringhieri.

Trabucchi P. (2009). *Resisto, dunque sono*. Milano: Corbaccio

Tyrer, S. (2006). Psychosomatic pain, *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 188: 91-93.

Upledger, J. (1997). *Terapia craniosacrale.* Roma: Marrapese.

Varela, F.J. (1992). Living Ways of sense-making: A Middle Path for Neuroscience, in P. Livingstone (a cura di), *Order and Disorder: proceedings of the Stanford international Symposium*. Stanford: Anma libri.

Veenhoven, R.(1997). Advances in understanding Happiness. *Revue Quebecoise de psychologie, 8,* 29-79.

Veglia, F. (2003). *Storie di vita.* Torino: Bollati Boringhieri.

Vithoulkas, G. (1991). *Un nuovo modello di salute e malattia*. Verona: Ed. Libreria Cortina.

Wall, P. (1999). *Perchè proviamo dolore.* Torino: Einaudi.

Watzlawick, P., Beavin, J. D., Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma: Astrolabio.

Weber, M. (1996). *La scienza come vocazione e altri scritti di etica e scienza sociale.* Milano: Franco Angeli

Weiner, B. (1986). *Attribution Theory and Motivation.* New York: Springer.

Wernike, U., Turner T., Priebke, S. (2006). Complementary Medicine in Psychiatry. *British Journal of Psychiatry, 188,* 109-121.

Wilber, K. (2001). *Oltre i confini. La dimensione transpersonale in psicologia.* Assisi: La Cittadella.

Wiles, J., Rosenberg, M.W. (2001) Gentle caring experience: seeking alternative health care in Canada. *Health and Place, 7*, 209-24.

Wilson, E. O. (1979). *Sociobiologia. La nuova sintesi.* Bologna: Zanichelli.

Wilson, E. O. (1999). *L'armonia meravigliosa*. Milano: Mondadori.

Wittgenstein L. (1999). *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi.

Jonas, W. B., Linde, K., Clausius, N., Ramirez, G., Melchart, D., Eital, F. Hedges, L.V. (1997). Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials" . *The Lancet*, *350*, 9081, 834-43.

Zangrilli, Q. (2001). Suggestione positiva e negativa in medicina, disponibile in http://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/psicosomatica.

Zukav, G.(1995) *La danza dei maestri Wu Li.* Varese: Corbaccio.